المنهج الميداني
وسيلة لدخول المجتمع

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية

رقم ٣

هند خطّاب

هدى زريق

نبيل يونس

ألفيا كمال

فريق بحوث الصحة الإنجابية

مجلس السكان، المكتب الاقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا، القاهرة

المنهج الميداني
وسيلة لدخول المجتمع

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية

رقم ٣

هند خطّاب،
مدير البحوث الاجتماعية،
دلتا الاستشاريين، القاهرة.

هدى زريق،
خبيرمشارك، مجلس السكان،
المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا، القاهرة.

نبيل يونس،
أستاذ أمراض النساء والولادة،
كلية الطب، جامعة الأزهر، القاهرة.

ألفيا كمال،
مساعد أول باحث،
دلتا الاستشاريين، القاهرة.

١٩٩٥

يسعى مجلس السكان إلى تحسين رفاهية الأجيال الحالية والمقبلة عبر العالم، وتحسين صحتها الإنجابية، والمساعدة في تحقيق توازن إنساني ومنصف ومستدام بين السكان والموارد. ويقوم المجلس بتحليل قضايا واتجاهات السكان، ويجري بحوثا طبية حيوية للتوصل إلى وسائل جديدة لمنع الحمل، ويعمل مع الهيئات العامة والخاصة لتحسين نوعية خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الصحة الإنجابية وتوسيع نطاقهما، ويساعد المجلس الحكومات في الوصول الى التخطيط الديمغرافي السليم، ويتولى توصيل نتائج البحوث في مجال السكان إلى الأطراف المعنية، ويساعد في بناء القدرات البحثية في البلدان النامية. ومجلس السكان هو منظمة غير حكومية لا تسعى إلى الربح، أنشئ عام ١٩٥٢، وله مجلس أمناء متعدد الجنسيات، ويدعم المقر الرئيسي لمجلس السكان في نيويورك شبكة عالمية من المكاتب الإقليمية والقطرية.

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية يصدرها مجلس السكان، المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا ص.ب. ١١٥الدقي، الجيزة، جمهورية مصر العربية

الترقيم الدولي I.S.B.N ٠- ٠٧- ٥٥٦٣ ٩٧٧

تنفيذ التصميم: جيليان بوتّر

الإشراف على الطباعة: نور - دار المرأة العربية للنشر

المحتويـات

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية

تنبثق الأوراق الصادرة في سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية من نشاط فريق بحوث الصحة الإنجابية، وهذا الفريق جزء من برنامج خاص أنشأه مكتب مجلس السكان لإقليم غرب آسيا وشمال أفريقيا، معني بصحة المرأة والطفل في نطاق الأسرة والمجتمع المحلي. ويضم الفريق باحثين متخصصين في الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)، والإحصاء الحياتي، والديمغرافيا، والطب، والصحة العامة، وعلم الاجتماع، يقيمون في مختلف بلدان الإقليم.

وقد حدد فريق البحوث ثلاث قضايا رئيسية جرى التركيز عليها باعتبارها قضايا جوهرية لصحة المرأة الإنجابية في إقليم غرب آسيا وشمال أفريقيا: أولا، الصحة الجسدية للمرأة التي تشمل الحالات المرضية المتعلقة بوظيفة الإنجاب؛ ثانيا، نظرة المرأة إلى صحتها الإنجابية وكرامتها المستمدة من الإنجاب؛ وأخيرا، نوعية خدمات الصحة الانجابية المقدمة إلى المرأة. وقد اضطلع الفريق بدراسات تعالج هذه القضايا في بلدان الإقليم منذ سنة ١٩٨٩.

وترمي سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية إلى الوصول بما يتوافر من أدلة من هذه الدراسات إلى الأطراف المعنية بصحة المرأة في إقليم غرب آسيا وشمال أفريقيا، وفي دول العالم النامي، وفي المجتمع الدولي. ذلك أن هذه المعرفة، تمكّن الفريق من المطالبة بنهج أكثر شمولا إزاء صحة المرأة يستطيع أن يفي على نحو أفضل باحتياجات المرأة وأسرتها في العالم النامي.

يعرب المؤلفون عن تقديرهم لمشاركة الدكتورة مواهب المويلحي، جمعية تنظيم الأسرة بالقاهرة، والدكتور محمد فضل أمين، قسم الباثولوجيا الإكلينيكية، جامعة الأزهر، في فريق البحث الذي أجرى دراسة انتشار الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب في قريتين في الجيزة. كما يتقدمون بالشكر إلى كل من أميمة ذكر الله، وإيمان صالح، وسحر فتحي، ويسرية سعد، وأميرة أحمد، وهناء عبد الفتاح، وذلك لمساهمتهن في جمع البيانات. وقد صرحت بالمشروع وزارة الصحة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في مصر، وكفلت تنفيذه منح مقدمة من مجلس السكان الدولي، ومؤسسة فورد، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وحكومة هولندا.

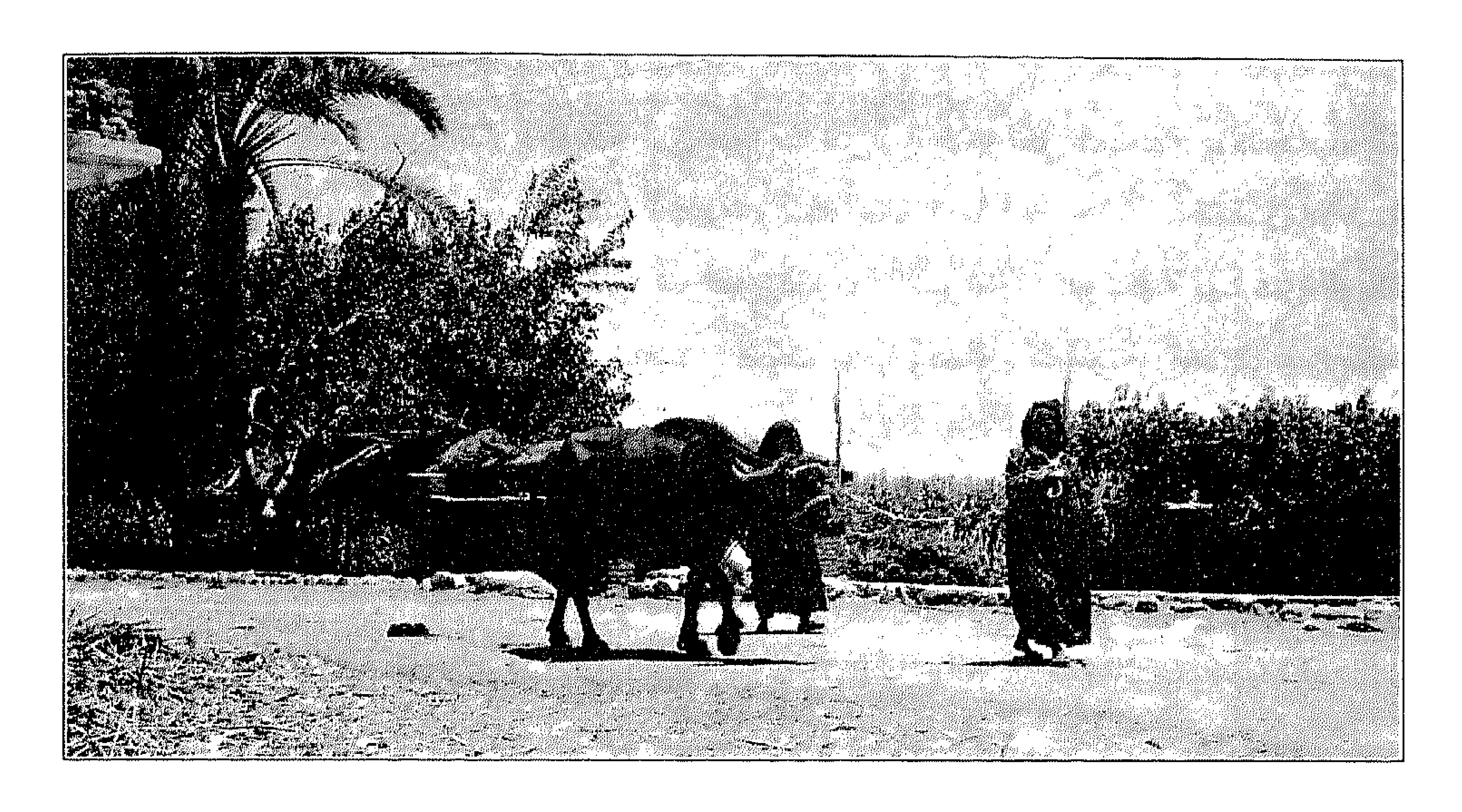
تعـرض هـذه الدراسـة الأسـاليب المنهجيـة الميدانيـة المعـدة إعـدادا متطـورا لدراسة الأمراض المتعلقة بالإنجاب، كمـا تعـرض الخطـوات التـي اتبعـت فـي تصميـم وتطبيـق هـذا المنهـج الـذي تبنـى اتجاهـا يتمتـع بحساسـية خاصـة للنواحـي الثقافيـة وذلك بهدف إشراك مجتمع الدراسـة فـي المراحـل المختلفـة للعمليـة البحثيـة بشـكل لا يسمح بأية نتائج متحيزة. ويقوم هـذا البحـث علـى دراسـة أجريـت فـي قريتيـن مـن قرى الجيزة بمصر، لفحص مدى انتشار الأمراض المتعلقة بالإنجـاب لـدى نسـاء هـذا المجتمـع. وتركـز الدراسـة علـى مجموعـة الإجـراءات الميدانيـة التـي سـاعدت علـى تحقيـق مسـتوى عـال وغـير مسـبوق مـن المشـاركة النسـائية مـن خـلال الفحـص الطبـي.

الأساس المنطقي وسياق العرض

تصف هذه الورقة الإجراءات الميدانية التي طورت لدراسة الأمراض المتعلقة بالإنجاب، التي طبقت في قريتين من قرى محافظة الجيزة وذلك عام ١٩٨٩ - ١٩٩٠. تتمثل الأهداف الرئيسية للدراسة في تحديد مدى انتشار أمراض النساء والأمراض المرتبطة بها في المجتمع المحلي من خلال التقويم الطبي، الذي يتضمن فحصا طبيا وتحاليل معملية، فضلا عن فحص مدى صلاحية الاستبيان الذي يتم في شكل مقابلة مقارنة بنتائج التقويم الطبي، على أساس إمكانية اعتباره أداة ذات إمكانيات تشخيصية ومسحية لأمراض النساء والأمراض المرتبطة بها في المجتمع المحلي. وتطلب الجانب الرئيسي من تصميم البحث الإجابة على استبيان المقابلة والاستعداد للفحص الطبي والتحليل المعملي.

تشير حالات أمراض النساء كما كشفت عنها الدراسة إلى ظروف اعتلال الصحة التي لا ترتبط بواقعة حمل معينة، وتتضمن إلتهابات الجهاز التناسلي، وقرحة عنق الرحم، والتغيرات في خلايا عنق الرحم والسقوط الرحمي، بالإضافة إلى الحالات المرضية المرتبطة بأمراض النساء كالإلتهابات الجهاز البولي والأنيميا وإرتفاع ضغط الدم والبدانة(١). وقد تمت دراسة هذه الحالات من قبل في إطار المستشفيات، إلا أن الدراسات المتاحة لم تمدنا إلا بمعلومات ضئيلة عن مدى انتشارها في المجتمعات المحلية ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، أو عن السياق الاجتماعي الذي تحدث في ظله مثل تلك الأمراض. أحد أسباب ذلك أن قلة من النساء يخترن الذهاب إلى المستشفى إذا كن يعانين من أمراض متعلقة بالإنجاب، وذلك بسبب الظروف الاجتماعية والمادية المنخفضة. وهناك سبب هام آخر لندرة البيانات الممثلة وهو أن الأمراض المتعلقة بالإنجاب في بلاد العالم الثالث تخضع عادة لـ "ثقافة الصمت" (culture of silence) بسبب الحياء أو الخجل من الخوض في الحديث عن مثل هذا النوع من الأمراض التي ربما تكون قد انتقلت عن طريق الاتصال الجنسي(٢).

ونادرا ما استطاعت الدراسات الميدانية المحدودة في هذا المجال التي حاولت تقويم مدى انتشار الأمراض المتعلقة بالإنجاب، تحقيق استجابة فعالة من النساء للفحص الطبي، كما أن نتائجها لم تكن أيضا ممثلة(٣). أما الدراسات الأخرى التي حققت استجابة كافية، فقد ركزت على السيدات اللائي يشكين من أعراض مرضية(٤)، أو لم تتعرض للأمراض المرتبطة بأمراض النساء(٥). وفي مصر، حققت دراسة تتعلق بأمراض النساء والأمراض المرتبطة بها على مستوى المجتمع المحلي نسبة استجابة عالية للفحص الطبي العام في مقابل نسبة استجابة قليلة جدا للفحص الخاص بأمراض النساء، رغم أن الفحوص التي أجريت في المجتمعات محل الدراسة كانت تحت إشراف طبيبة متخصصة(٦).



يتضح من ندرة البيانات المتوفرة أن الأمر يقتضي بذل جهد مكثف لقياس وتوثيق مدى انتشار الأمراض المتعلقة بالإنجاب في المجتمعات الفقيرة. وتشير الأدلة القليلة المتوفرة إلى احتمال كونها مشكلة في مجال الصحة العامة، وأن عبء الأمراض المتعلقة بالإنجاب التي لا يتم الإبلاغ عنها تتحمله المرأة في البيئات الفقيرة، الأمر الذي يكون له تبعات خطيرة متعلقة بصحتها وحياتها الاجتماعية، فضلا عن تأثير ذلك على أطفالها وأسرتها(٧). ومن الواضح أن الأمر يتطلب دراسات أكثر تمثيلا، وتحظى بنسب استجابات أعلى للمساعدة في تشخيص مشاكل الصحة الإنجابية على مستوى المجتمع المحلي. ويتطلب الأمر كذلك تطوير تقنيات وأدوات بحث مناسبة لظروف المجتمع الثقافية والاجتماعية ليس فقط للوصول إلى بيانات شخصية وحساسة، ولكن لتحفيز النساء للمشاركة بشكل فعال في الجانب الطبي من مشروعات البحث والتي سينتج عنها تحسين صحتهن.

نستعرض في هذه الورقة الخطوات التي اتخذت لتصميم وتنفيذ منهج ميداني ملائم ثقافيا لاستيعاب مجتمع الدراسة في المراحل المختلفة لمشروع البحث الخاص بالأمراض المتعلقة بالإنجاب، والذي استعان أيضا بفريق عمل ميداني مدرب على مهارات التفاعل والاتصال الاجتماعي. وعند القيام بالعمل الميداني روعيت نسبة الرفض العالية للفحص الطبي في دراسات الأمراض المتعلقة بالإنجاب السابقة وهناك اعتبار آخر مؤداه تعقد الإجراءات البحثية مما استلزم ضرورة اشتراك الباحثات الميدانيات بشكل مكثف في كل مراحل عملية التواصل الممتدة مع المبحوثات، والتي استمرت ما يزيد عن عام.

تصميم إجراءات الدراسة الميدانية

اتبعت أربع استراتيجيات لتيسير الإجراءات الميدانية: الاستراتيجية الأولى هي تشكيل فريق البحث من مجموعة من الباحثين متعددي التخصصات بحيث تشمل مهنيين ومتخصصين في الأنثروبولوجيا والطب وعلم الاجتماع والإحصاء، لتكوين إطار فكري لدراسة صحة المرأة أهم مقوماته توجه يتسم بتداخل التخصصات وشمولية الرؤية. جدير بالذكر أن الإطار الفكري الذي طور لدراسة الجوانب المرضية المتعلقة بالإنجاب إستخدم نموذجا طبيا حيويا، ولكنه أخذ في الإعتبار السياق الاجتماعي والثقافي بشكل مناسب[٨]. يمكن القول، كمحصلة لما سبق، أن الإجراء الميداني أخذ في حسابه العوامل التالية بقدر متوازن : الاستعداد الجسمي لحدوث المرض (القابلية البيولوجية)، الخدمات الصحية المتاحة، مصادر العون الاجتماعي، وسلوك المرأة الصحي.

تمثلت الاستراتيجية الثانية في تكريس الوقت والجهد في إعداد الاستبيان الموجه لاستخلاص المعلومات عن الأعراض المصاحبة للأمراض المتعلقة بالإنجاب من النساء في المجتمع المحلي، سعيا لتحقيق ملائمة البناء اللغوي للأسئلة بحيث يستخدم الكلمات والصيغ الشائعة في تلك الثقافة والتي تعبر عن الحالات المرضية المختلفة موضع العناية والفحص، وأن تكون مقبولة وفقا للمعايير الثقافية السائدة في المجتمع، وأن تتتابع في يسر وسلاسة لتقليل الملل المتوقع في ظل متطلبات الاستجابة لاستبيان طويل. لقد تم إعداد الاستبيان في فترة تزيد عن عام من خلال أربعة أنشطة. أولا: أجريت دراسة استطلاعية في عيادة لتنظيم الأسرة بالقاهرة للكشف عن مدى انتشار حالات أمراض النساء ورؤية المرأة وطبيعة ادراكاتها عن الأمراض النسائية من حيث بعد أو قرب هذه الإدراكات من التصور العلمي لها. ثانيا: أعدت ورشة عمل طبية لتوضيح المفاهيم الطبية والتوصيف العلمي لأعراض الأمراض المتعلقة بالإنجاب. ثالثا: نظمت جلسات مناقشة جماعية في قرية من قرى الجيزة لم تستخدم كمنطقة دراسة لتعلم التعبيرات المحلية التي تستخدمها النساء، والاستبصار بالمعايير الثقافية والاتجاهات المحيطة بمثل هذا النوع من الأحوال المرضية. رابعا: أجريت اختبارات استطلاعية منفصلة لفحص مكونات الاستبيان، تلتها اختبارات للاستبيان ككل لإعداده في صورته النهائية.

تمثلت الاستراتيجية الثالثة في إعداد خطة عمل داخل إطار المجتمع المحلي هدفها الأساسي زيادة معدلات المشاركة في الدراسة. ويستند ما سبق إلى اعتقاد مؤداه أن وجود مناخ من الألفة والثقة المتبادلة مطلوب داخل مجتمع الدراسة منذ البداية، بالإضافة إلى ضرورة إدراك النسوة المبحوثات أن "لهن مصلحة أساسية فيما يجري"[٩]. وقد كان من الراسخ في وعي فريق البحث ضرورة أن تقوم باحثات ميدانيات مدربات ومتفهمات للتقاليد الاجتماعية وشئون المجتمع

باستخدام أدوات البحث، وان يكن على دراية بالأمور المتصلة بأمراض النساء وأمراض الحمل والولادة بما يسمح بتقديم هذه الأدوات في النهاية بشكل ملائم ثقافيا. وكان لذلك ثماره المرجوة في مرحلة لاحقة للدراسة، حيث حظيت الباحثات الميدانيات بثقة المجتمع المحلي، ونظر إليهن على أنهن ذوات علم ودراية، واستطعن أن يساعدن في نشر المعلومات الطبية الصحيحة والملائمة للتغلب على النقص الواضح في وعي النساء بمتطلباتهن وأولوياتهن الصحية[١٠]. فضلا عن قيامهن أثناء الدراسة بدور الوساطة بين النساء والقائمين على أعمال التطبيب الذين كان ينظر إليهم عادة على أنهم متعالون ويتفضلون عليهن بالخدمة.

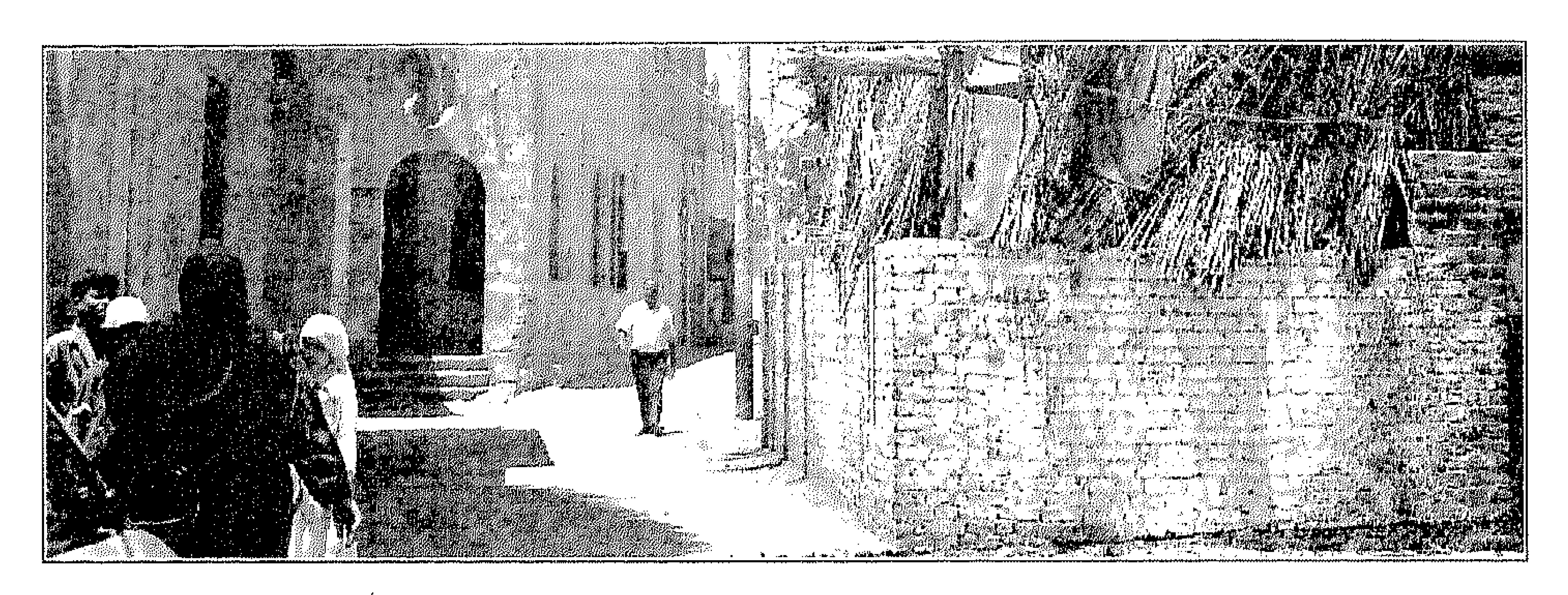
ركزت الاستراتيجية الرابعة على تبني منحى موجه نحوالعمل الفعلي. والمسلمة التي تقوم عليها هذه الاستراتيجية هي التعامل مع النساء المشكلين لمجتمع الدراسة على أنهن مشاركات ايجابيات في المشروع، وألا يستخدمن كأداة لأغراض البحث، ومن ثم كانت "استفادة المجتمع المحلي من عملية الممارسة البحثية، وليس فقط من نتائج الدراسة، أمرا بالغ الحيوية"[١١]. ولتحقيق هذا الهدف قدم فريق البحث العلاج للأمراض المشخصة لدى النساء المشاركات كما أحال الحالات التي تحتاج إلى فحوص متخصصة إلى المستشفى الجامعي المتعاون مع فريق البحث. علاوة على ذلك، ألزم فريق البحث نفسه بنشر نتائج البحث. عند توفرها وتنظيم ورش عمل وإصدار عدد متنوع من المطبوعات الموجهة إلى المجتمع الطبي ومديري البرامج الصحية وصانعي القرار في الدولة. وبالفعل، فور ظهور النتائج الأولية للدراسة، بدأ الفريق في إشراك قطاع أكبر من المهنيين المهتمين بصحة المرأة والمتخصصين في العلوم الطبية والاجتماعية على حد سواء وذلك للاطلاع على هذه النتائج وفحصها. كما أعد برنامج عمل يستند إلى نتائج الدراسة ونتائج البحث النوعي المتعمق فيما بعد للتأثير على المرأة من حيث إثراء معلوماتها عن احتياجاتها الصحية وخلق الوعي فيما يتعلق بجوانب الصحة الإنجابية، ولتمكين المرأة من التماس خدمات رعاية الصحة الإنجابية.

توصيات خاصة بفريق البحث

- ينبغي أن يسعى المشاركون في مشروعات تعتمد على تخصصات مختلفة، إلى تحقيق تفهم مشترك وملائم للإطار الفكري للبحث.
- لابد لفريق الدراسة من اكتساب فهم متعمق لقيم المجتمع وتقاليده ومعتقداته وممارساته، حتى يتسنى لأعضاء الفريق الاتصال بالمجتمع بطريقة ذات مغزى وتكشف عن دلالات ذات شأن.

منطقة الدراسة

أجري البحث الميداني في قريتين متجاورتين في محافظة الجيزة. وتقع القريتان على الضفة الغربية لترعة رئيسية للري، وتتداخل القريتان إلى الحد الذي يصعب معه تمييز إحداهما عن الأخرى، وتبدو القرية الأكبر منهما محاطة بعزب تابعة لها.



وجدير بالذكر احتفاظ القريتين بسمات قرى مصر الوسطى المميزة، فأنماط الإسكان غير منتظمة، والمساكن تم بناؤها في مجموعات وعلى نحو متلاصق، وتتكون مواد البناء من الطمي التقليدي أو في الأحياء الأكثر غنى من الطوب [الآجر]، ويزيد عدد سكان القرية الأكبر عن ١٢٠٠٠ نسمة ويخدمها عشرة جوامع ومدرسة ابتدائية مشتركة ومدرسة ابتدائية وأخرى إعدادية، ويدير الأزهر هذه الجوامع والمدارس. أما القرية الأصغر فيقدر عدد سكانها بـ ٤٥٠٠ نسمة، وفيها أربعة جوامع ومدرسة ابتدائية مشتركة ومكتب بريد، وتتوفر مرافق عامة أخرى تخدم القريتين معا منها مثلا مركز للشباب.

أما إدارة القريتين فهي منفصلة، فلكل منهما مجلس قرية وعمدة تقليدي وجمعية زراعية، ولا تزال الزراعة هي الحرفة الرئيسية للجنسين، كما أن هناك مهن أخرى في الإدارات الحكومية والنقل والتجارة والخدمات. ومنذ السبعينيات وفرت ستة مصانع في المنطقة فرصا للتوظيف في المجال الصناعي، وغنى عن البيان أن معدلات الأمية مرتفعة لدى الجنسين و إن كانت أكثر وضوحا بين الإناث.

وقد روعيت في اختيار هاتين القريتين داخل ريف الجيزة –وتقعان على بعد ١٤ كيلو متر من القاهرة– عدة عوامل، من أهمها الطبيعة المحددة للمجتمع الريفي، ومنها ضعف وضع المرأة في هذه المجتمعات بسبب طبيعة المناخ الاجتماعي–الاقتصادي، وكذلك توفر خدمات عيادات وزارة الصحة على مستوى القرية من خلال الوحدات الصحية التي تشرف عليها طبيبات، هذا ويتيح قرب القريتين من القاهرة سهولة نقل العينات المعملية يوميا إلى معمل متخصص.

اختيار العينة

حددت النساء المؤهلات للدراسة على أنهن النساء المتزوجات حاليا أو اللاتي تزوجن (ever-married) من غير الحوامل القاطنات في أى من القريتين، وتم رسم خريطة لكل قرية تبين موقع الشوارع والحواري والتجمعات السكنية، وقد جرى اختيار عينة عشوائية من الشوارع والحواري، وجرت زيارة الأسر بالتتابع، ودعيت النساء للاشتراك في الدراسة أثناء الزيارات الميدانية.

حدد حجم العينة في مستهل الدراسة بـ ٨٠٠ حالة على أساس مدى الانتشار المتوقع والمقدر للحالات المرضية في هذا المجتمع المتسم بالمستوى الاجتماعي-الاقتصادي المنخفض. وبعد إجراء مسح لأول ٢٥٠ سيدة عقب الاختبار الأولي، تبين أن مدى إنتشار الأمراض أعلى مما كان متوقعا، ومن ثم جرى تخفيض حجم العينة إلى حوالي ٥٠٠ حالة، بحيث بلغ الحجم الإجمالي للعينة ٥٠٩ سيدة.





ومن الملاحظ انه تم استخدام صحيفة استبيان منظمة للمقابلة لتسجيل سمات الأسر والنساء والأعراض المصاحبة لأمراض النساء وأمراض الحمل والولادة التي تم الإبلاغ عنها، واقتضى ذلك زيارتين على الأقل للأسر المختارة. أعقب ذلك إجراء فحص طبي في الوحدة الصحية بالقرية، واختبارات معملية للعينات، وأجري العلاج اللازم ومتابعة الحالة بعد التشخيص، وشمل هذا الإجراء الإحالة إلى المستشفى الجامعي. كما استخدمت المقابلة المتعمقة كتكنيك للحصول على بيانات نوعية في مرحلة متأخرة لاكتساب فهم أكثر تعمقا للظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تسهم في اعتلال الصحة في هذا المجتمع المحلي.

إعداد فريق البحث

سنركز في عرض الإجراءات الميدانية لهذه الدراسة على الأبعاد اللازمة لفهم التقنيات الميدانية المستخدمة لإشراك المجتمع المحلي، وبصفة خاصة المرأة، في عينة الدراسة في مختلف مراحل تخطيط وتنفيذ إجراءات البحث. وتمثلت المهمة الأساسية في تشكيل فريق ميداني مؤهل لدخول مجتمع الدراسة، وقادر على تطبيق إجراءات منضبطة ومنظمة وملائمة لتحقيق أهداف البحث واستخدام أدواته.

وغنى عن البيان أن الخطوة الأولى في الإعداد لمشاركة المجتمع المحلي بدأت بالتركيز على فريق البحث الميداني، فلا بد أن يكون هذا الفريق متمرسا ومدربا على تقنيات المشاركة الاجتماعية، حيث أن مهمته الميدانية تتطلب اكتساب ثقة المجتمع المحلي للقرية، وإجراء مقابلات مع حوالي ٥٠٠ سيدة يمثلن عينة الدراسة، ودعوة كل منهن لاصطحابها إلى الفحص الطبي مع متابعتهن في كل مراحل العلاج الذي تتطلبه الحالة، ومواجهة المشكلات المتنوعة بسلاسة وخاصة عند التعامل مع النساء الوجلات والأسر الرافضة والأزواج ذوي الروح العدائية. ويفترض أيضا أن هؤلاء الباحثات الميدانيات سيكن على صلة يومية وحميمة مع أهالي القريتين لمدة تزيد عن عام، ومن ثم فهن الوجه المرئي للمشروع وبمثابة واسطة بين فريق البحث، والمتخصصين في مجال الصحة والطب، ومجتمع القرية.

وقد تشكل هذا الفريق من ست باحثات ميدانيات ومشرفة ميدانية ومديرة ميدانية، جميعهن من الشابات المصريات الحاصلات على درجات علمية في العلوم الاجتماعية، ولديهن خبرة متباينة المدة في البحوث الخاصة بالمجتمع المحلي وفي الأعمال الموجهة لتنمية المجتمع، إلا أنه لم تتعرض أى منهن من قبل للجوانب الطبية المرتبطة بصحة المرأة الإنجابية.

وعلاوة على التعريف الإلزامي بأهداف الدراسة وتفاصيل أدواتها لعضوات الفريق، نظمت لهن دورة مكثفة عن الجوانب الطبية المتصلة بصحة المرأة الإنجابية، وشمل المنهج الدراسي شرحا عن طبيعة الأمراض وأعراضها، وإجراءات فحص الحوض، وإجراءات الاختبارات المعملية والعلاجات الشائعة. وقدم أخصائيان في أمراض النساء والولادة من أعضاء فريق البحث هذه الموضوعات على مدى عدة أيام وذلك لإيمانهما بأن الأشخاص المدربين من غير الأطباء قادرون على استيعاب وفهم حقائق الطب والممارسة الطبية إلى مستوى كاف يسمح بإنجاز مهمة البحث الموكولة إليهم بنجاح، والتي تتضمن الاستفسار عن الأعراض المرضية وتقديم الأدوية الموصوفة للحالة ومساندة النساء أثناء تلقي العلاج في المنزل أو في المستشفى. ويلاحظ أن مثل هذا الاعتقاد ليس شائعا بين الأطباء في المنطقة العربية.

واستعرض خبير أنثروبولوجي من أعضاء فريق البحث بشكل متأني أساليب الاتصال والتواصل المعدة للاستخدام داخل المجتمع، وخاصة مع النساء وأسرهن، كما قام بتدريب أعضاء الفريق الميداني على تلك الأساليب. وتبين أنه من الضروري عقد عدة جلسات للتدريب، لأن نجاح تواصل الباحثات الميدانيات مع المجتمع المحلي -خاصة مع النساء وأسرهن- يعد أمرا حيويا حتى يتحقق التقدم السلس لمراحل البحث المختلفة. علاوة على ذلك، يتضمن التواصل مع النساء موضوعات شخصية جدا وحساسة تتعلق بتفاصيل حياتهن وصحتهن الانجابية وخصوصيات علاقاتهن الزوجية. وقد تبين من الدراسات السابقة أن المرأة تتحفظ في التصريح عن احتياجاتها الصحية وتعطي الأولوية لاحتياجات أسرتها الصحية.

استمر التدريب القائم على أساس مشاركة الباحثات وذلك على الملاحظة، والملاحظة القائمة على المشاركة والمقابلة المكثفة مدة أربعة أسابيع. وتولى الخبير الأنثروبولوجي في فريق البحث توجيه الباحثات الميدانيات إلى كيفية تشجيع النساء على المشاركة في كافة مراحل الدراسة دون إكراههن على المشاركة في أى من هذه المراحل وما قد يولده ذلك من شعور بعدم الإرتياح، حيث رؤى في هذا المقام أن إقامة اتصال سوي مع النساء يتسم بالاحترام هو أكثر أهمية من التركيز على ضرورة المشاركة.

وقد أثر هذا المنحى على المشاركة بشكل ايجابي، فعلى الرغم من الحجم الكبير نسبيا لعينة الدراسة والاجراءات المعقدة لعملية جمع البيانات، فإن نسبة عدم الاستجابة كانت في حدها الأدنى، ليس هذا فحسب، بل إن كثيرا من النساء ممن رفضن المشاركة في بعض مهام البحث أو في البحث ككل، عدن لابداء كامل تأييدهن له ومشاركتهن فيه، وجدير بالذكر أن نسبة المشاركة في النهاية كانت لافتة للنظر حيث بلغت ٩١ في المئة.

توصيات خاصة بفريق البحث الميداني

- إن تدريب فريق البحث على تبين وتحقيق أهداف الدراسة واستيعاب تفاصيل أدوات الدراسة المستخدمة أمر ضروري، ويجب أن يشمل منهجا مكثفا يستوعب الجوانب الطبية للبحث. ويجب استعراض ومراجعة والتدريب على مناهج الاتصال والتواصل مع أفراد المجتمع خلال جلسات متعددة، لتمكين الباحثين من مناقشة الموضوعات الحساسة والشخصية. وعلى نفس القدر من الأهمية التدريب القائم على أساس مشاركة الباحثات وذلك على الملاحظة والملاحظة القائمة على المشاركة والمقابلة المكثفة لتحقيق تقدم سلس للمشروع.

دخول المجتمع المحلي

يتطلب بدء الدخول في المجتمع المحلي أخذ أربعة جوانب في الاعتبار، هي: ضمان تعاون الأطباء والعاملين في الوحدتين الصحيتين بالقريتين محل الدراسة، والحصول على التصاريح الرسمية الخاصة بتطبيق الدراسة ومشاركة الأطباء بها، واكتساب ثقة ومساندة القادة الرسميين وغير الرسميين للقرية، وأخيرا تحقيق الألفة بين نساء القرية والفريق الميداني.

١ • تعاون عيادتي القريتين

قرر فريق البحث منذ وقت مبكر من البداية الفعلية للبحث أن يتم إجراء الفحص الطبي في كل من الوحدتين الصحيتين للقريتين وأن تقوم به الطبيبتان العاملتان بهما، وكل منهما تعمل في الوحدة الصحية منذ عدة سنوات، وهما معروفتان بالفعل لنساء القريتين. حكم هذا القرار أن هذه المعرفة بما تحققه من ألفة ستخفف من عنصر الرهبة في الفحص الطبي الخاص بأمراض النساء، بالإضافة إلى أن كونهما نساء سيساعد على تلافي المشكلة التي قد تنشأ إذا اختلف الجنس، وربما أتاحت خبرة البحث الفرصة للطبيبتين لتنمية مهاراتهما من خلال التدريب والإشراف اللذين سيتلقيانهما، كما تفيدهما ماديا في حدود المكافآت التي تحددها اللوائح الحكومية، كذلك ستعود الفائدة على العيادتين بعد تجديد المباني والحصول على المعدات والأدوات الجديدة اللازمة للفحص الطبي الخاص بأمراض النساء.

قام فريق البحث بأكمله بخطوة أولية هي القيام بزيارة غير رسمية للوحدتين الصحيتين، وعرض الدراسة وتقديمها لأطباء الوحدتين والعاملين بهما، وقد حضر هذه الزيارة كل أعضاء الفريق للاعتقاد بأن هذا سيخلق الثقة في الالتزام المهني لأعضائه ويفيد في بيان كونه متعدد التخصصات.

وقد كانت الوحدة الصحية في القرية الأصغر (أ) عبارة عن مبنى جديد مكون من طابقين فيهما عدة عيادات: عيادة خارجية، وعيادة أسنان، وعيادة تنظيم الأسرة، وعيادة للممارسة الطبية العامة. وبها أيضا صيدلية تقدم الدواء مجانا للمرضى، ويضم الطابق الثاني سكنا للأطباء.

وتضم الوحدة إثنين من الممارسين العامين، وثلاثة من أطباء الأسنان وممرضتين وتمرجية، وكانت رئيسة الأطباء في الوحدة ممارسة عامة، لكنها كانت تعالج أيضا حالات الشكوى من أمراض النساء، وكانت تمارس عملها في الوحدة منذ سبع سنوات، أما الممرضتان فمهمتهما تطعيم الأطفال باللقاحات اللازمة ورعاية حالات الجفاف، وأما المساعدان الصحيان فمسئوليتهما

هي تحليل عينات المياه وتحليل البراز في أوقات الأوبئة. ويتابع مسجل الوحدة المواليد والوفيات والسجلات الأخرى، بما في ذلك قوائم الأطفال الذين تم تطعيمهم، وهو مسؤول أيضا عن توزيع الأدوية في صيدلية الوحدة الصحية. وتعمل الوحدة الصحية ستة أيام من الأسبوع من الساعة التاسعة صباحا حتى الواحدة بعد الظهر، وبعد هذا الوقت يستطيع الأطباء استخدام الوحدة كعيادة خاصة.

وعلى الفور أبدت رئيسة أطباء الوحدة اهتماما بالدراسة، لاعتقادها بأن مشاركتها ستثري خبرتها العملية وقدرتها في مجال أمراض النساء، ووافقت على المشاركة بشرط موافقة رؤسائها والحصول على التصاريح الرسمية اللازمة لإجراء الدراسة.

وفي نفس اليوم انتقل إلى الوحدة الصحية فريق البحث في القرية الثانية (ب) وكانت أصغر من الوحدة الأخرى، وكانت هيئة العاملين فيها تضم طبيبة وممرضتين وتمرجية وعدة مساعدين صحيين بالإضافة إلى كاتب الوحدة الصحية. والطبيبة الأولى في هذه الوحدة ممارسة عامة وتعمل باعتبارها أخصائية في أمراض النساء بالوحدة منذ ١٣ عاما، وأبدت حماسا للاشتراك في الدراسة مع تحفظ شخصي واحد هو أنها لا تستطيع أن تبقى طويلا بعد ساعات العمل الرسمية في العيادة لأسباب عائلية.

كان من الملاحظ أن هاتين الزيارتين غير الرسميتين للوحدتين ساهمتا في أن يطمئن الفريق إلى أن الأطباء والعاملين في الوحدتين سيصبحون متحمسين للدراسة وملتزمين بها. وقد استطاع فريق البحث تقديم نفسه وعرض أهداف الدراسة بوضوح، كما استطاع تفقد مرافق العيادتين وفحص المعدات والإمدادات بشكل كشف عن ضرورة تحديث مرافق العيادتين.

٢ • التصاريح الرسمية

شعر فريق البحث بعد هاتين الزيارتين أنه مستعد للاضطلاع بالخطوة التالية للدخول إلى المجتمع المحلي بالسعي للحصول على التصاريح الرسمية والموافقات اللازمة لمشاركة أطباء الوحدتين. والحصول على التصاريح في مصر ليس مهمة سهلة، وكان من الواضح أن الأمر يقتضي أن يعتمد مشروع البحث على مهارات الاتصال لدى أعضاء الفريق الذين كانوا معروفين جيدا في الدوائر الرسمية، ولديهم بعض الخبرة في التعامل مع الجهاز البيروقراطي اثناء العمل في مشروعات أخرى، وكان من المسلم به أنه إذا اصطدم فريق البحث بعقليات محافظة فإنه من المفضل أن يكون الطبيب عضو فريق البحث، الذي يعمل أستاذا في إحدى الجامعات، هو المتحدث الرسمي باسم المشروع.

بدأت هذه العملية الطويلة في يونيو من عام ١٩٨٩ وانتهت بعد خمسة أشهر، وبدأت بزيارة لإدارة الحكم المحلي بمحافظة الجيزة المسؤولة عن شئون هاتين القريتين على وجه الخصوص، وقدم كل من وكيل الوزارة المسؤول عن مديرية الصحة في محافظة الجيزة والمدير المسؤول عن مركز امبابة في مديرية الصحة موافقة شفهية على المشروع، بشرط موافقة وزارة الصحة بالقاهرة، وتبعا لذلك قام فريق البحث بإعداد ملف كامل عن كل جوانب المشروع، على أن يتضمن هذا الملف نسخا من الاستمارات الطبية المقترحة للفحص الاكلينيكي والاختبارات المعملية، وقدمت بصورة شخصية إلى مدير الصحة الوقائية في وزارة الصحة، وبعد ذلك تم التقدم للحصول على تصريح لإجراء مقابلات مع نساء القريتين في منازلهن من الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وهو الجهة الحكومية المختصة بالبحوث والاحصاءات افي مصر. كما أجريت مقابلة شخصية مع رئيس الجهاز وقدم إليه ملف المشروع كاملا مع أدوات الدراسة كلها بما في ذلك استمارات الاستبيان.

قام فريق البحث بأكمله بعد ذلك بعدد من زيارات المتابعة اللاحقة لكل من وزارة الصحة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وكانت هذه استراتيجية متعمدة أفادت كثيرا من زاوية أن المؤهلات الأكاديمية لأعضاء الفريق ومستواهم المهني خلقت انطباعا مشجعا، وألقت الضوء على مصداقية وجدية المشروع، واتضح أنها ساعدت في تحريك الملفات خلال الخطوات المطلوبة. وأخيرا منحت وزارة الصحة المصرية والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء التصاريح المطلوبة والتي نشرت في الجريدة الرسمية، وكانت الدراسة معدة للتنفيذ في أكتوبر من عام ١٩٨٩.

٣ • قيادات القريتين

خلال فترة انتظار الحصول على التصاريح الرسمية التي امتدت خمسة أشهر، انتهز الفريق الميداني الفرصة -تحت قيادة الخبير الأنثروبولوجي- لعرض هدف الدراسة وتقديم أنفسهم للمجتمع المحلي، وبصفة خاصة لقادة المجتمع المحلي الرسميين وغير الرسميين، ونساء القريتين وأسرهن. والقادة الرسميون هم أعضاء مجلس القرية والعمدة وإمام الجامع، وتمت زيارتهم بصورة فردية، وتم التأكيد على أن هذه الدراسة تسهم في تحسين الوعي بالمشكلات الصحية للنساء، ليس فقط في المجتمع المحلي ولكن في مصر ككل، وربما في بلدان أخرى بالمنطقة، هذا بالإضافة إلى توضيح أن المسؤولية الأولى والأساسية في هذا البحث موجهة إلى نساء القريتين اللاتي سيفحصن طبيا ويقدم لهن العلاج بالمجان.

كانت المناقشة بين الخبير الأنثروبولوجي وإمام أحد الجوامع مستثيرة، فقد كان الإمام يؤمن بأن هناك مشكلة لها أولوية بالنسبة لصحة قاطني القريتين تتمثل في قصور شبكة المياه والصرف الصحي وسوء الظروف المعيشية، كما كان يشعر بقلق عميق من جراء العدد الضخم من البحوث التي تجرى ثم "يلقى بها إلى الأدراج"، ومع ذلك فإن تفسيره للمتضمنات الدينية للدراسة توجه إلى الدور الجوهري للمرأة في سلامة الأسرة ورفاهيتها وأهمية صحة المرأة التي هي أساس إستمرار الحياة على الأرض. وكان تأييده للدراسة نتيجة طبيعية لفهم أن "الإسلام لا يعلي من مكانة المرأة في المجتمع فحسب، وإنما يشجع ويثني على دورها باعتبارها مصدر الرعاية الصحية لأسرتها".

كما سعى الفريق الميداني إلى الاتصال الجيد مع العاملين بالوحدتين الصحيتين لما لديهم من تأثير، كقيادات غير رسمية، على مجتمعاتهم، وقد كان لمسجل الوحدة الصحية أهمية خاصة، فهو يعرف عددا كبيرا من النساء نتيجة لمهامه في العيادة، وبسبب دوره الرئيسي في حملات التطعيم. أما تمرجية الوحدة فلها أهمية فائقة لأنها كانت موضع ثقة معظم نسوة القرية اللاتي يترددن على الوحدة الصحية وتلقي إليهن آذانا صاغية فيناقشن مشكلاتهن معها، وعادة ما يلتمسن منها المشورة الطبية بسبب تعاطفها معهن وسهولة الوصول إليها. وقد تقرر مكافأة كل من المسجلين الصحيين والتمرجيات على مساعدتهم القيمة، وخاصة في تعريف أعضاء الفريق الميداني بنساء القرية، وتم صرف هذه المكافآت فور استكمال الدراسة، وذلك بالقدر الذي تسمح به اللوائح الحكومية.

توصيات لدخول المجتمع

- توفير الوقت اللازم (شهرين على الأقل) لإقامة تواصل مع المجتمع المحلي قبل بدء المسح، وتوظيفه لجمع معلومات عن موضوعات مثل طبيعة موقع الدراسة، خصائص السكان، البناء الاجتماعي والاقتصادي، المرافق والخدمات العامة. سيوفر لك ذلك منظورا دقيقا يمكن من خلاله معرفة الظروف القائمة، كما يتيح لك فرصة واسعة لإقامة علاقات طيبة.
- اضمن مساندة القادة المحليين، فهذا أمر ضروري ليتقبلك المجتمع المحلي.
- أطلب، متى أمكن، مساعدة الأعضاء المتعلمين في المجتمع المحلي أثناء جمع المعلومات.
- ينبغي الالتقاء بالرجال حتى لو كانت طبيعة البحث تقتضي التعامل مع النساء فقط، وتقديم وصف كامل لهم عن أهداف الدراسة وكسب ثقتهم والتماس معونتهم في الاقتراب من نسائهم لمفاتحتهن في موضوع البحث.
- احصل على مساندة مقدمي الخدمات الصحية وأشركهم في عمليات البحث كلما أمكن.

السعي إلى التعرف على النساء

كانت إحدى الاهتمامات الرئيسية والمبكرة لأعضاء الفريق الميداني هي التعرف على نساء العينة والبدء في كسب ثقتهن، فقد كان من الصائب إتمام الاتصالات بأسرع ما يمكن أثناء وضع الجدول الزمني للعمل الميداني، وتحققت الفرصة الأولى لذلك عند تنفيذ مهمة رسم خريطة القريتين لاختيار عينة الأسر.



تم تكليف الفريق الميداني بالإشراف على تنفيذ عملية الرسم، يصحبهم مسجل الوحدة الصحية في كلتا القريتين الذي كان يقدمهم بصفة شخصية لرجال ونساء كل من القريتين مما أضفى مشروعية على تواجدهم. وقد جرى تشجيع الفريق في جلسات التدريب الأولية على التوقف والتحدث مع النساء والسؤال عن صحتهن وأحوالهن العامة والسعي لإقامة علاقات ودية معهن، وقد أدت عملية التجوال في نفس الشارع مرتين أو أكثر على مدى عدة أيام والتوقف لتحية النساء المرة تلو الأخرى إلى بطء تنفيذ مهمة رسم الخرائط، ولكن ثبت أنها مفيدة للغاية في تحقيق تقبل الفريق الميداني داخل القريتين.

وأتيحت فرصة ثانية لخلق الألفة بين الفريق الميداني والنساء مع بدء الاختبار الأولي لإجراءات الدراسة فيما يتعلق بالأنشطة الميدانية اليومية، وتضمن ذلك مقابلة بعض نساء العينة وسؤالهن لإتمام الاستبيان الخاص بأمراض النساء ومصاحبتهن إلى العيادة الصحية لإجراء فحوص طبية واختبارات معملية.

وخلال فترة الاختبار الأولي تمت مقابلة ست سيدات وتم اصطحابهن إلى الوحدة الصحية في يومين مختارين من الأسبوع لإجراء الفحص الطبي. وبعد أقل من ثلاثة أسابيع قدمت لهن نتائج الفحص المعملي والطبي كما قدمت لهن الأدوية الموصوفة؛ وكانت هذه السرعة والفورية التي تمت بها هذه المرحلة مصدر عون كبير في إقناع القرويين بأن مجموعة الدراسة جادة وعازمة على تقديم يد العون.

وثبت أن الفرصة التي أتاحتها هذه الفترة لتعلم ومعرفة المزيد عن النساء، وجعلهن يعبرن بقوة عن رد فعلهن إزاء الدراسة واستجابتهن لدعوة إجراء الفحص الطبي، كانت لها قيمتها في صقل الخطة الميدانية. فقد تبين أن يوم الخميس هو يوم الطبخ لأن القصابين يذبحون الذبائح في هذا اليوم ولا يكون لدى النساء وقت "للدردشة"، كما عرف الفريق الميداني أن النساء يكن غير مشغولين بعد الساعة الحادية عشرة صباحا، لأن الأطفال يكونون في المدرسة والرجال في العمل وتكون معظم أعمال المنزل قد أنجزت وأنشطة العمل في الحقول أو التجول للبيع أقل كثافة، وعرف أيضا أن النساء يمكن لهن الحديث وهن يغسلن ولكنهن لا يتحدثن أبدا أثناء الخبيز خوفا من الحسد.

الأمر الأكثر أهمية هو تلك الملاحظات المتعلقة بتردد النسوة في إجراء الفحص الطبي، فالنظرة السائدة أن العاملين في المجال الصحي مفتقدون للحساسية، وهناك عدد من التعليقات الشائعة التي تكشف عن هذه النقطة، منها: "أنا خائفة لأنهم يدخلون جسما معدنيا باردا وصلبا في المرأة يؤلمها كثيرا " و "أشعر بالإحراج وعدم الإرتياح وأنا مستلقية وساقاى لأعلى أثناء الفحص" و"في آخر مرة أجريت فحصا لأمراض النساء نزفت وظلت بطني تؤلمني لعدة أيام". أصبح جليا بعد التقصي أن مخاوف وضيق بعض النساء كانا راجعين إلى خبرة شخصية سابقة بالخدمات الصحية سواء العامة أو الخاصة، بينما كانت خبرة القلة منهن تستند إلى الاستماع إلى الأقارب أو الجيران أو الأصدقاء.

جدير بالتنويه أن الفريق الميداني كان واعيا بأن الاختبار الأولي للأنشطة الميدانية كان إختبارا هاما لتقدم المشروع بسلاسة، وقد وظفها المجتمع المحلى لتقييم مدى جدية والتزام هذا المشروع البحثي، فإذا شعرت النساء المشاركات في هذه المرحلة بالرضا فإن ذلك سيجعلهن يتبنين الدراسة في المرحلة التالية، وكان هذا هو الحال بالنسبة لبعض المشاركات فعلا، فقد قالت إحدى النساء اللاتي شعرن بالرضا عن المشروع لابنتها (التي كانت متخوفة من المشاركة في الدراسة): "أنظري ماذا فعلن لي... لقد جاؤا لي بالدواء من الصيدلية بالرغم من أنه قد تكلف الحصول عليه مبلغا كبيرا من المال، ليس لك عذر في ألا تذهبي، سأبقى مع أولادك وسأقوم بأعمالك اليومية، اذهبي وفكري في صحتك". هذا الموقف الايجابي لم يكن هو السائد دائما، فقد

ظل عدد قليل من النساء مذعورات أثناء التردد على الوحدة الصحية وشرعن في الاعتراض بصوت مرتفع والشكوى خلال الفحص الطبي، بالإضافة إلى إفزاعهن للسيدات المحتمل مشاركتهن وينتظرن دورهن في العيادة.

وكان على الباحثات الميدانيات التصرف بقوة وحسم لتقليل المخاوف والضيق المحيطين بهذه التجربة، فتم أولا توعية الطبيبتين بالمشكلة وطلب إليهن أن يكن أكثر لطفا خلال الفحص الطبي، وأن يكرسن لكل امرأة الوقت الكافي لتشعر بالاسترخاء والأمان. بالإضافة إلى ذلك أوضح الفريق الميداني للمشاركات بأن الباحثة الاجتماعية يمكنها حضور الفحوص الطبية معهن إذا رغبن في ذلك، حيث أن زيارة الطبيب في صحبة قريبة أو صديقة أمر شائع في ظل الثقافة السائدة، وأخذت معظم النساء بهذا الاقتراح.

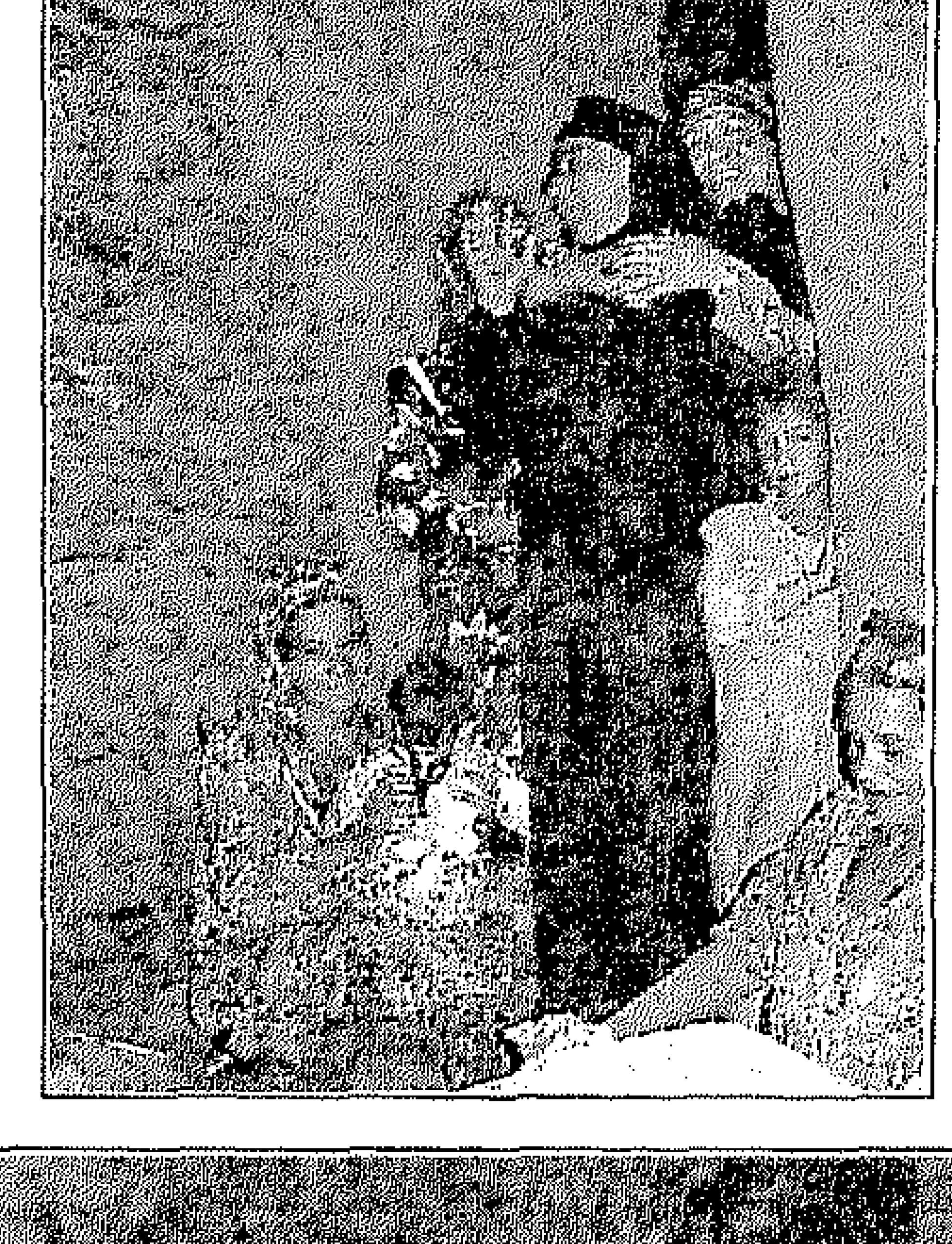
أما عن الإعراب عن التقدير والشكر للنساء اللاتي تم اختيارهن للمشاركة في الاختبار الأولي وفي الدراسة الكاملة فقد تم الإتفاق عليه من خلال المناقشة مع النساء أنفسهن، وكان هذا مفيدا أيضا في إظهار التزام فريق المشروع بإشراك نساء القرية بطريقة مقبولة ومفيدة لهن، وتم التوصل إلى اتفاق جماعي بأن أفضل طريقة لذلك هي تقديم هدية مكونة من علبتين من مسحوق للغسيل، وقالبين من الصابون المعطر، وعلبتين من البسكويت للأطفال، ورأى الجميع أن هذه الهدية مناسبة من حيث أن الصابون يدعم النظافة والوقاية الصحية، كما أن للبسكويت قيمته الغذائية.

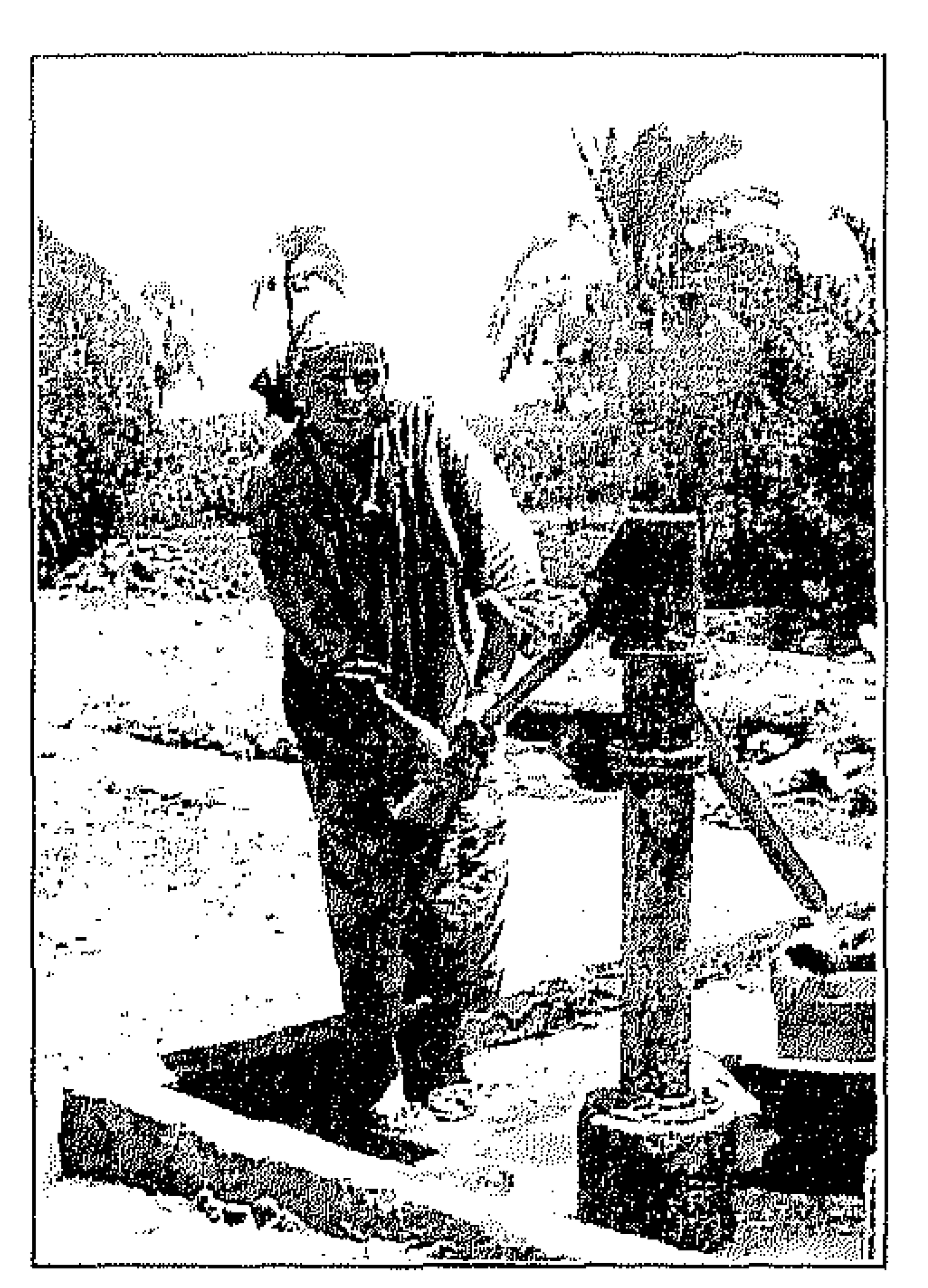
توصيات خاصة بتصميم الأدوات

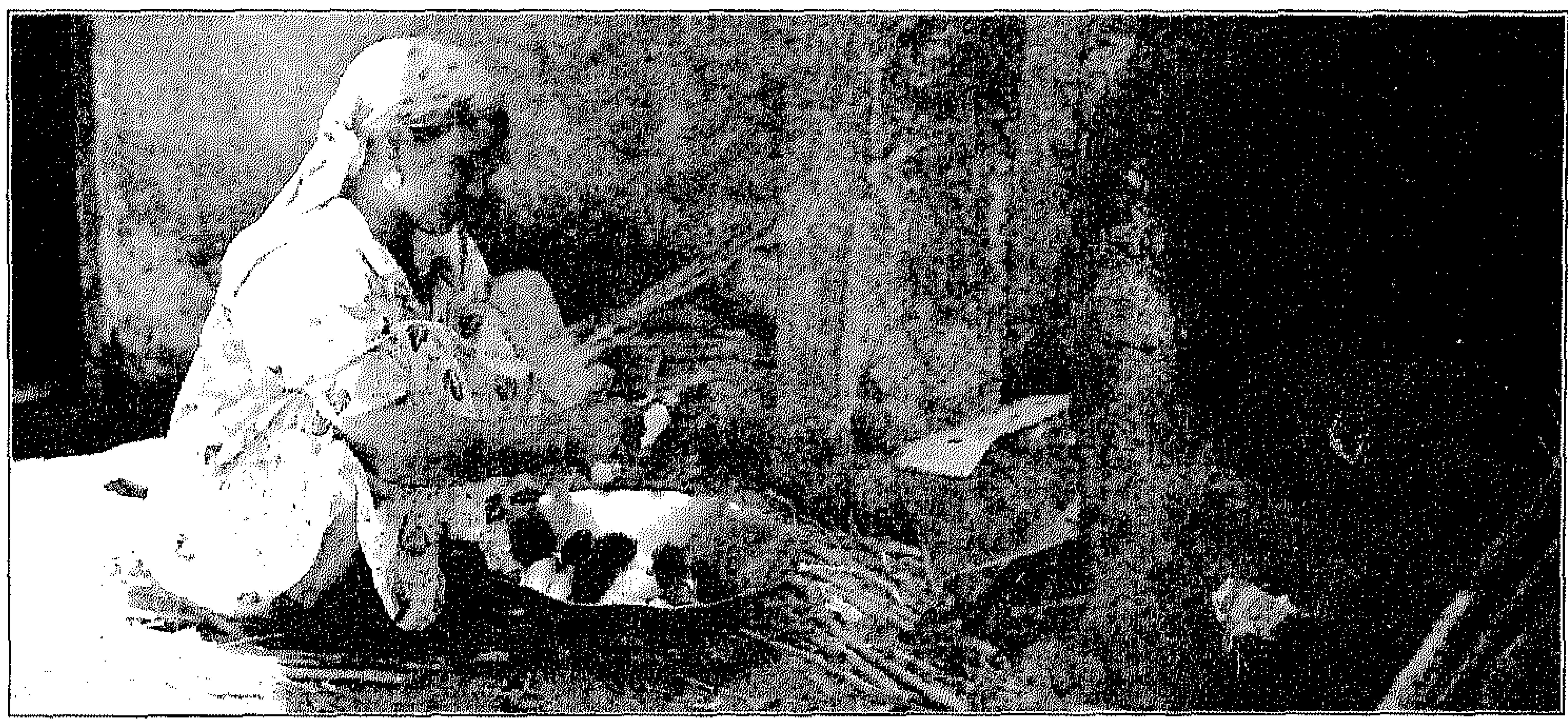
- قبل استهلال المسح المعد للحصول على بيانات كمية، ينبغي زيارة البيوت والجلوس مع مختلف أعضاء الأسرة، فلكل شخص منهم –رجل كان أم امرأة– نظرته وتصوراته الفردية.
- ينبغي التشاور مع الأشخاص المطلعين على الأحوال في القرية قبل الانتهاء من وضع صحيفة الاستبيان للمقابلات، والنساء والرجال الأكبر سنا هم دائما مصدر جيد للمعلومات.

التعامل مع عينة الدراسة

تراوح عمر النساء بين ١٤-٦٠ سنة، ٩١ في المئة منهن دون الخمسة والأربعين عاما، وكانت نسبة كبيرة منهن قد تزوجن في سن صغيرة -عند البلوغ أحيانا-، ولم يحصل ٨٢ في المئة منهن على أي تعليم على الإطلاق، و ٦٥ في المئة منهن في الشريحة الاجتماعية والاقتصادية الدنيا أو المتوسطة الدنيا، وغالبيتهن ربات بيوت أو يعملن في الزراعة ويفلحن الحقول، وقد تحددت الحصص العمرية على نحو يجعل توزيع العينة مماثلا لتوزيع الفئات العمرية لهاتين القريتين كما توضحه نتائج أحدث تعداد.







١ • إجراءات جمع البيانات

خلال الزيارة الأولى لامرأة من العينة، كانت الباحثة الميدانية تقوم بشرح كافة مراحل الدراسة للسيدة ثم تسعى للحصول على موافقتها على المشاركة، فإذا رفضت المرأة كانت الباحثة الميدانية لا تلح عليها وإنما تخبرها أن الفريق سيبقى للعمل في القرية عدة شهور وأنها ستمر عليها مرة ثانية بنفسها لترى ما إذا كانت قد غيرت رأيها، وبمرور الوقت كانت النساء يتبادلن

التجارب فيما يتعلق بهذا الأمر، وانخفض معدل الرفض النهائي إلى ٩ في المئة، فكثير من النساء اللاتي رفضن المشاركة في البداية قبلن عند مفاتحتهن مرة ثانية، أو سعين بأنفسهن للقاء مع الباحثة التي أجرت معهن الحوار خلال وجودها في شارعهن، والواقع أن نساء كثيرات لم يكن جزءا من العينة جئن للوحدة الصحية يطلبن إجراء فحص طبي لهن، وللأسف لم يكن في الإمكان إدراجهن في الدراسة بسبب الموارد المحدودة، ولكن قيل لهن أن الخدمة الطبية متاحة في الوحدة خلال ساعات عمل العيادة.

وجدير بالذكر أنه بمجرد موافقة سيدة من اللاتي وقع عليهن الاختيار للدراسة، تشرع الباحثة الميدانية فورا ومتى أمكن في استكمال العناصر العامة الأولى من الاستبيان المتعلقة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، والفئة الثانية الخاصة بأمراض الحمل والولادة خلال الحمل الأخير بالنسبة للنساء اللاتي كان حملهن الأخير في العامين السابقين. وإذا لم يكن وقت المرأة متاحا للإجابة على مجموعتي الاسئلة معا، تأخذ الباحثة الميدانية موعدا آخرا أكثر ملاءمة للمبحوثة. وكانت الباحثة الميدانية تحصل على موعد مع المبحوثة لاستيفاء الاستبيان الخاص بأمراض النساء في اليوم الذي تستطيع فيه أن تذهب المرأة مع الباحثة الميدانية للوحدة الصحية لإجراء الفحوص اللازمة، وكان مثل هذا الإجراء ضروريا لأن الاستبيان الخاص بأمراض النساء كان يتطلب جمع معلومات عن الأعراض الحالية لتتم مقارنتها بنتائج الفحص الطبي الذي يتم في نفس اليوم.

وفي أعقاب المقابلة الخاصة باستبيان أمراض النساء، كانت الباحثة الميدانية تصحب المبحوثة في موعدها إلى الوحدة الصحية، وكان السير من المنزل إلى الوحدة الصحية ممكنا لمعظم المبحوثات، وكانت سيارة الفريق تستخدم في حالة ما إذا كانت المنازل واقعة في ضواحي القرية. ومن الملاحظ أن الباحثة الميدانية كانت تستغل هذه الرحلة إلى الوحدة الصحية -سواء سيرا على الأقدام أو بالسيارة- لتبديد مخاوف المبحوثة من الفحص الطبي الذي سيجرى لها، وإذا سارت الأمور سيرها الطبيعي فإن المبحوثة لا تنتظر طويلا. ففي أعقاب الفحص الطبي، الذي تضمن فحصا عاما وفحصا لأمراض النساء، واختبارات معملية (عينة دم وعينة بول وعينتان لافرازات المهبل وعنق الرحم، ومسحة من على عنق الرحم) كانت الباحثة الميدانية تعيد المرأة إلى بيتها في معظم الأحوال، وقبل أن تترك المبحوثة الوحدة الصحية كانت تقدم لها هديتها مغلفة بلفافة أنيقة في كيس من البلاستيك على سبيل الشكر والتقدير لمشاركتها.

كانت هذه المرحلة بصفة خاصة مجهدة لعضوات الفريق الميداني فكان عليهن إحضار عددا محددا من النساء إلى الوحدة الصحية خلال ثلاثة أيام معينين من كل أسبوع في أوقات محددة، وفي تلك الأيام كانت الباحثة تنظم جدولها الزمني بحيث يستوعب إجراء مقابلات مع كل

مبحوثة واصطحابها إلى الوحدة الصحية وإعادتها كلما أمكن ذلك، وتكرار هذه العملية المرة تلو الأخرى حتى تكتمل حصة اليوم الواحد، وكثيرا ما كانت الباحثة الميدانية تصل إلى بيت المبحوثة في الموعد المحدد لتجدها مشغولة في بعض أعمالها اليومية فلا تستطيع أن تذهب معها.

غني عن البيان أنه كان على الباحثات الميدانيات في بعض الأحيان، زيارة بعض المبحوثات أكثر من ثلاث أو أربع مرات قبل أن يكن مستعدات للذهاب إلى الفحص الطبي، وكان على معظم المبحوثات الأصغر سنا الحصول على إذن والدة الزوج قبل الذهاب، وفي مناسبات عديدة كانت أم الزوج تقول: "لا يمكن أن تذهب لأنها تنظف البيت" أو "ستكون مستعدة بعد ساعتين بعد الانتهاء من الغسيل"، وفي إحدى المرات اعتذرت سيدة كانت تنوي الاشتراك بعد تحديدها موعدا للفحص الطبي وهي تقول: "لن أستطيع أن أذهب الآن لأن أم زوجي ماتت منذ بضعة أيام، فكيف أستطيع التفكير في نفسي ودمها لا يزال ساخنا". ولابد من التنويه أنه في هذه الحالات، كان على الباحثة الميدانية ألا تضغط على السيدة بل تأخذ منها موعدا آخر، وكان عليها حينذاك أن تعدل جدولها لذلك اليوم لتحل محلها سيدة أخرى حتى لا يحدث اضطراب في جدول الطبيبة، وقد استطاعت الباحثات الميدانيات التغلب على معظم الصعوبات وإن ظلت هذه العملية مجهدة.

توصيات خاصة بجمع البيانات

- ينبغي للبحوث المسحية أن تترك على الدوام مجالا لمزيد من البحث النوعي المتعمق للأخذ في الإعتبار السياق الاجتماعي الثقافي بعناية تتناسب مع أهميته.
- ينبغي احترام آراء المبحوثين ومعتقداتهم لكسب ثقتهم.
- يجب مناقشة الأمور مع المرأة على أساس يتسم بالمساواة (امرأة لامرأة)، وليس من موقف المتعالي.
- يجب إبلاغ المرأة بالجوانب المختلفة لمشروعات البحوث الطبية، وينبغي الحصول على موافقتها على المشاركة، ولا ينبغي الضغط عليها للاشتراك في مشروعات البحوث الطبية إذا اختارت ألا تفعل ذلك.

٢ • إسهام الباحثات الميدانيات

لم يكن استكمال جمع المعلومات من النساء خلال فترة الأنشطة الميدانية يعني انتهاء علاقة الباحثات الميدانيات معهن، فقد وضعت الباحثات الميدانيات نصب أعينهن السؤال عن المبحوثات مرارا وتكرارا عندما يكن بجوار بيوتهن، وفي إحدى المرات سمعت باحثة ميدانية بموت شقيق إحدى السيدات المحتمل اشتراكهن في البحث، فذهبت مع زميلاتها لتقديم واجب العزاء .وبعد عدة أيام التقت الباحثة الميدانية بهذه السيدة في الشارع فسألتها تلك السيدة: "متى ستأتين لاصطحابي إلى الوحدة الصحية ؟ هل تعرفين أنني أخبرت زوجي في يوم سابق بعدم استطاعتي رفض الذهاب معك وأنت تهتمين بي لدرجة أنك حرصت على مواساتي في فجيعتي..." . وبناء على ما سبق يمكننا القول أن الحرص على استمرار العلاقات مع السيدات لم يكن نابعا فقط من تأكيدات المشرفين بل كان مطلبا أساسيا للنساء أنفسهن، ولاشك أن هذا كان عبئا متزايدا على الباحثات الميدانيات تحملنه بكفاءة وترحيب.

علاوة على ذلك، كان على الباحثات الميدانيات أن ينتبهن باستمرار لطائفة من أحداث دورة الحياة كالوفاة والزواج والولادة، وأن يكن على وعي بالظروف الاقتصادية والتشكيلات الأسرية والاجتماعية والمعايير الثقافية المرتبطة بالصحة الإنجابية، وكثيرا ما كانت هذه جميعها وراء رفض المرأة لالتماس المساعدة الطبية. ففي البداية مثلا كان من الصعب إقناع النساء الأكبر سنا أو المتزوجات برجال كبار السن بالمشاركة في المشروع، فعلى سبيل المثال قالت إحدى السيدات: "أنا عجوز، وهذه المشاكل الطبية للنشطين جنسيا وليست لي..." وقالت أخرى: "كيف أذهب إلى الوحدة الصحية لإجراء فحوص أمراض النساء ويعرف الجميع أن زوجي غير قادر جنسيا، هذا سيوحي بسلوك يجعلني في موضع اتهام..." وقالت ثالثة: "زوجي في ليبيا، فلماذا أذهب الآن لإجراء فحص أمراض النساء..." .

تبين هذه الأقوال بجلاء تأثير الثقافة على نظرة المرأة وسلوكها إزاء صحتها، وتوضح الحاجة الملحة إلى ضرورة التعامل بحساسية مع مثل هذه القضايا في مرحلة تصميم البحث الميداني. فمن الملاحظ أن الأحوال المرضية المتعلقة بالإنجاب لا تكون موضع الاهتمام والعناية إلا إذا كانت المرأة نشيطة جنسيا في حدود العلاقة الزوجية، ومن المتوقع في هذا الصدد أن تتعايش السيدة غير النشيطة جنسيا مع أمراضها دون أن تشكو أو تلتمس المساعدة الطبية، فالمرض هنا لا يعتبر مستقلا عن النشاط الجنسي، ولا ينظر إليه في علاقته بممارسات الماضي.

٣ • معالجة المشكلات

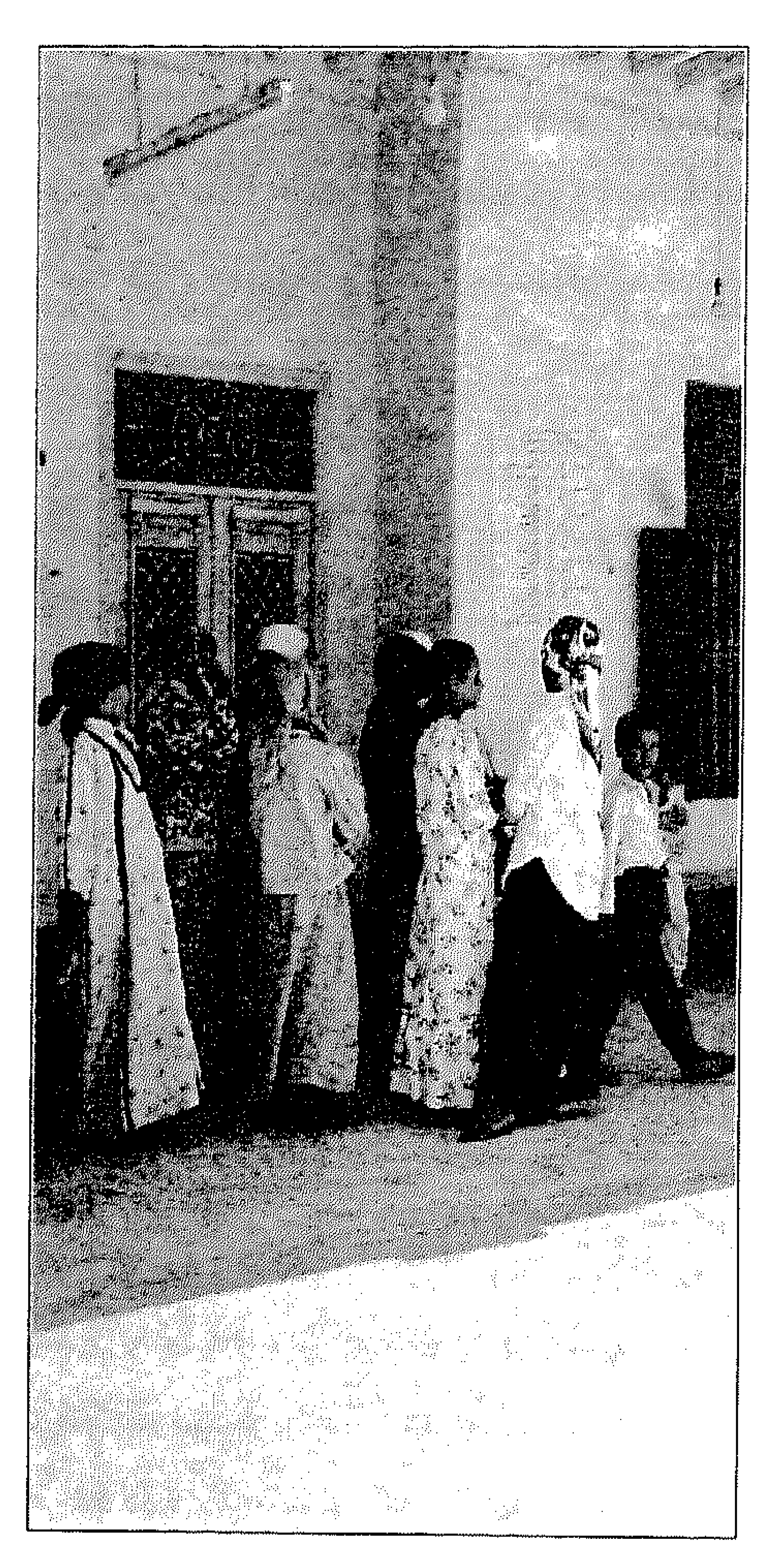
مضت مرحلة جمع البيانات بصورة جيدة نسبيا، خاصة بعد الأسابيع الثلاثة الأولى عندما شاع أمر نشاطات المشروع بين نساء القرية، إلا أن الموقف في الميدان لم يخلو دوما من العقبات، فقد مر المشروع بأوقات عصيبة عندما هددت الإشاعات تقدمه، فقد قيل أن هناك وباء (لم يتم تحديده) منتشر في القرية وأن الفريق الميداني جاء لهذا الغرض، وانتشرت إشاعة أخرى بأن الفريق الميداني يأخذ عينات من الدم ليبيعها في الخارج، وآخرون قالوا أن الفريق يروج لتنظيم الأسرة "مثل بقية من يأتون إلينا هنا"، وامتد الأمر إلى تصور أن مجموعة البحث هم مجموعة من الطلاب يستخدمون أهل القرية في التدريب الطبي، ناهيك عن تصورات أخرى معادية منها مثلا أن الفريق ينوي إجراء عمليات للسيدات لتعقيمهن.

لقد ساعد الوجود المستمر للفريق الميداني في القرية على دحض معظم هذه الشائعات، إلا أن ذلك استغرق وقتا وجهدا وتطلب لباقة. أحد الإجراءات الفعلية التي اتبعت هو تكرار الإعلان بأن المشاركات لديهن الخيار في رفض إعطاء عينة الدم أو تقديمها، وبمجرد وضوح هذا الأمر في الأذهان وافقت الغالبية العظمى من السيدات على اختبار الدم، كما ساعدت استراتيجية ضم السيدات العاقر واللاتي انقطع حيضهن الشهري لعينة الدراسة في إقناع القرويين بأن المشروع لا يهتم أساسا بتنظيم وتحديد عدد مرات الحمل أو عدد الأطفال الذي تنوي الأسرة إنجابهم.

ودحض قيام طبيبتي الوحدتين بفحص السيدات بأنفسهن الشائعات المتعلقة باستخدام أهل القريتين كأداة لتيسير تدريب الطلاب. وبالإضافة إلى ذلك فقد طلب الباحثون من وزارة الصحة إرجاء أية بحوث أو مشروعات تتعلق بالصحة في المنطقة، وذلك للتحكم في العوامل والمتغيرات غير المتوقعة التي قد تفسد الدراسة، وكان المسؤولون جد متعاونين في ذلك الصدد، حيث لم تمنح أى تصاريح للتدريب أو البحث خلال مسيرة العمل بأكملها.

ولا شك أن تعاون المساعدين الطبيين العاملين في الوحدتين الصحيتين والذين كانوا يشكلون جزءا من الفريق الميداني، قد أمد الباحثين الميدانيين بقدر كبير من المساندة في الفترة الأولى، ليس فقط في إضفاء المشروعية على وجودهم، وإنما أيضا في دحض الشائعات عن المشروع.





المعالجة والإحالة

كانت الباحثات الميدانيات مسؤولات أيضا عن تقديم العلاج أو الأدوية التي تصفها الطبيبة، والتخطيط للإحالة للمستشفى والمتابعة خلال فترة النقاهة في الحالات القليلة التي أوصي فيها بذلك. ولم يكن هذا النشاط جزءا من مهمة البحث، ولم يكن له أن يسهم في جمع أي بيانات، وإنما كان مع ذلك وسيلة هامة لايضاح الجانب العملي للبحث. جدير بالذكر أن العمل مع المجتمع المحلي يفرض مسؤولية أخلاقية في علاج النساء اللاتي يكتشف أن لديهن مشاكل أو أمراض متعلقة بالإنجاب تتطلب مزيدا من الفحوص حتى إذا كان ذلك في مستشفى، وقد يمتد الأمر إلى إجراء جراحة في الحدود التي تسمح بها موارد المشروع.

ومن الهام أن نشير إلى أنــه بمجـرد اكتمـال النتـائج المعملية والفحـوص الطبيـة، كـانت النتـائج تعرض على أحد أطباء فريق البحث الذي يعمل مشـرفا طبيـا ميدانيـا، ويقـوم بـدوره بتشـخيص الحالة ووصف الدواء، وعندئذ تقوم الباحثة الميدانية بشراء الدواء وكتابة اسم المبحوثة على كـل علبة دواء وطريقة الاستخدام، ثم تذهب لبيتها لتعطيها الدواء وتصف لها طريقة الاستعمال. كمـا صـدرت التعليمـات للباحثـات الميدانيـات بمراجعـة ومتابعـة الاسـتخدام الصحيـح للـدواء، وعنـد تشخيص وجود مرض من الأمراض الذي ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي كان الدواء يرسـل إلى الزوج أيضـا، إلا أن إحدى المشاركات صرحت بأنها لم تجرؤ علـى إعطـاء الـدواء لزوجهـا وأخذته كله لنفسها.

وبمجرد استقرار الرأي على ترجيح أهمية إجراء مزيد من الفحوص الطبية، كان كبـير الأطبـاء في فريق البحث يوصي بالإحالة إلى المستشفى الجامعي الـذي يتعـاون مـع المشـروع، وعندئـذ تقـوم الباحثـة الميدانيـة بـإعداد الملـف الطبـي للمبحوثـة وترسـله إلـى المستشـفى لتحديـد موعـد للفحص، وفي نفس الوقت تقوم بتهيئة المبحوثـة وأسـرتها وإقنـاعهم بـالاقدام علـى هـذه الخطـوة الجديدة في العلاج، وعدم التخوف منها. وترد أمثلة لهذه المواقف في دراسـات الحالة التي نشرت بعنوان "المعاناة الصـامتة" (خطـاب، ١٩٩٢) التي تعكس مدى القيود الاجتماعية المفروضـة علـى المرأة والتي تعوقها في سعيها إلى التماس الرعاية الصحية لنفسها.

أوضحت الدلائل المستمدة من الأدبيات الحاجة إلى معرفة المزيد عن انتشار الأمراض المتعلقة بالإنجاب، والتي يقدر حجمها بما يزيد كثيرا عن مستويات وفيات الأمهات التي تعد منذرة بالخطر في الدول النامية.

جدير بالاهتمام أن دراسات الأمراض المتعلقة بالانجاب النابعة من المجتمع المحلي كان عليها أن تواجه مشكلة معدلات الرفض العالية من قبل النساء للمشاركة في الفحوص الخاصة بأمراض النساء، كما تواجه "ثقافة الصمت" التي تسود بين السيدات بشأن الأمور التي تتعلق بصحتهن الإنجابية.

اتخذت هذه الدراسة خطوات ناجحة للتغلب على هذه المشكلات باستخدام أسلوب يتمتع بحساسية خاصة لثقافة المجتمع المحلي بما يسمح بإشراكه في مختلف مراحل تخطيط الدراسة. وتنفيذها، وساعد أيضا على إنجاح هذه الخطوات وجود فريق بحث ميداني مدرب على مهارات الاتصال والتواصل مع المجتمع، وحقق هذا ثمرته المرجوة في معدل مرتفع للاستجابة تبلغ ٩١ في المئة وهو معدل متميز وبارز بالمقارنة بالدراسات السابقة التي أجريت على المجتمعات المحلية في مصر وفي بلدان نامية أخرى[١٢].

وجدير بالتنويه قدرة الفريق الميداني على دخول المجتمع المحلي بخطوات مناسبة وتلقائية، ومعايشة تفاصيل حياة ذلك المجتمع في مدى زمني مقبول على الرغم من كبر حجم العينة وتعقد عملية جمع البيانات، وقدرته على التوظيف الفعال للتواصل الشخصي والتقبل الايجابي اللذين حظي بهما من مجتمع الدراسة في البداية. ومما لاشك فيه أن هذا المناخ المتسم بالاحترام المتبادل أدى إلى استخلاص معلومات دقيقة ومفيدة لم تكن لتتوافر إلا من خلال هذا المناخ المتميز.

هناك حقيقة هامة هي أن فريق البحث كان يجمع بين التعدد والتكامل، حيث نلمح تخصصات مختلفة متشابكة في الأنثروبولوجيا والديموجرافيا والطب وعلم الاجتماع والإحصاء، مما مكنه من رؤية الوضع الصحي للمرأة من منظور رحب، لا يستوعب في طياته المنظور العلمي فحسب، بل يمتد ليشمل منظور مقدمي الخدمات الصحية ومنظور المرأة نفسها، كما استطاع كفريق موحد أن ييسر وأن يسرع من ايقاع العمل بما يسمح بالانتقال من مرحلة إلى أخرى في الدراسة بشكل متوازن، والتي تشمل ضمن ما تشمله صدور الموافقة الرسمية والتصاريح والعلاج الطبي سواء في الوحدتين الصحيتين أو في المستشفى الذي تحال إليه الحالات.

إحدى المنطلقات الأساسية التي لا يفوتنا الحديث عنها هي حرص القائمين بالدراسة على تبني منحى موجه نحو العمل الفعلي، وذلك في ضوء مسلمة هي أنه لا يجوز استخدام المبحوثات

كأداة لخدمة أغراض البحث، ويعني ذلك استفادتهن ليس فقط من نتائج الدراسة بل من عملية البحث نفسها أيضا. بناء على ذلك قدم فريق البحث العلاج لكل الأمراض التي شخصت بين السيدات المشاركات وأحال الحالات التي احتاجت لمزيد من الفحوص الطبية المتخصصة إلى المستشفى الجامعي المتعاون في تنفيذ المشروع. علاوة على ذلك، تم تصميم برنامج للتدخل الوقائي والعلاجي معا، يعتمد على نتائج الدراسة وعلى مزيد من البحوث النوعية المتعمقة بشكل أقرب إلى دراسة الحالة. ويهدف هذا البرنامج إلى تحسين معرفة المرأة باحتياجاتها الصحية وخلق وعي بالحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب، وتمكين السيدات من التماس خدمات الرعاية الصحية في هذا المضمار.

وقد التزم فريق البحث بنشر وإعلان نتائجه عندما تصبح متوفرة من خلال تنظيم ورش عمل، وإصدار مجموعة متنوعة من المطبوعات الموجهة للمجتمع الطبي ومديري البرامج الصحية وصانعي القرار في الدولة. والواقع أنه بمجرد أن أصبحت نتائج الدراسة الأولية في المتناول، بدأ الفريق في إشراك المجتمع الأوسع من المهنيين المعنيين بصحة المرأة بالاطلاع على هذه النتائج سواء من تخصصات العلوم الطبية أو الاجتماعية، وذلك للتأثير على سياسة وبرامج صحة المرأة.

وختاما، يمكن القول بأن هذه الدراسة دراسة استطلاعية، وعلى الرغم من أنها اقتصرت على عينة محدودة من السيدات في قريتين مختارتين لاعتبارات علمية وعملية، فإن القصد منها كان إلقاء الضوء على حجم مشكلات الصحة الإنجابية في المجتمعات الأكثر عرضة لهذه المشكلات في بلدان العالم النامي. كما تؤكد الدراسة أيضا على ضرورة ابتكار وتطوير تقنيات بحثية وإجراءات ميدانية لدراسة المشكلات الصحية على مستوى المجتمع المحلي، على أن يرسخ في الأذهان أن جهود البحث لن تتوقف عند تحديد المشكلات الصحية للمرأة في هذا المجتمع المحلي فحسب، بل تهدف –على المستوى العام– إلى تغيير معرفة المرأة ورؤيتها لقضايا الصحة والقضايا المتصلة بها، مما يؤمل معه –كغاية كبرى– تغيير الحالة الصحية للمجتمع بأكمله.

توصيات خاصة بعملية المتابعة

- ينبغي ان تدرك المرأة أن في مشاركتها في المشروع مصلحة يصعب الاستهانة بها.
- ينبغي ألا تستخدم النساء لتحقيق أغراض البحث، ويجب أن يستفدن ليس فقط من نتائج البحث (من خلال العلاج أو الإحالة مثلا) وإنما أيضا من عملية البحث نفسها (عن طريق معرفة مزيد من المعلومات المتعلقة بالصحة مثلا).
- ينبغي تنظيم عملية الإحالة مقدما للحالات التي تحتاج إلى مزيد من الفحوص المتخصصة.
- ينبغي نشر نتائج البحوث بمجرد توافرها، من خلال تنظيم ورش عمل، ومن خلال إصدار مطبوعات موجهة للمجتمع الطبي ومديري البرامج الصحية وعلماء الاجتماع وصانعي القرار في الدولة .

1. Younis, N.; Khattab, H.; Zurayk, H.; El-Mouelhy, M.; Fadle Amin, M.; Farag, A. M., 1993. 'A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt'. *Studies in Family Planning,* Vol. 24, No. 3, pp. 175-186.

2. Dixon-Mueller, R.; Wasserheit, J., 1991. *The Culture of Silence: Reproductive Tract Infections among Women in the Third World.* New York: International Women's Health Coalition.

3. Bone, M. R., 1981. 'Family formation and maternal health'. In A .R. Omran and C. C. Standley (eds.), *Further Studies on Family Formation Patterns and Health.* Geneva: World Health Organization, pp. 271-302.

4. Wasserheit, J.; Harris, J. R.; Chakraborty, J.; Kay, B. A.; Mason, K., 1989. 'Reproductive tract infections in a family planning population in rural Bangladesh'. *Studies in Family Planning,* Vol. 20, No. 2, pp. 69-80.

5. Bang, R. A.; Bang, A. T.; Baitule, M.; Choudhary, Y.; Sarmukaddam, S.; Tale, O., 1989. 'High prevalence of gynecological diseases in rural Indian women'. *The Lancet,* Vol. 1, No. 8629, pp. 85-87.

6. Fathalla, M.; Hammam, H. M.; El-Sherbini, A. F.; Yassin, M., 1981. 'Family formation and maternal health, Egypt'. In A. R. Omran and C. C. Standley (eds.), *Further Studies on Family Formation Patterns and Health.* Geneva: World Health Organization, pp. 282 - 287.

7. Wasserheit, J.; Holmes, K., 1992. 'Reproductive tract infections: Challenges for international health policy, programs and research'. In A. Germain, K. K. Holmes, P. Piot and J. Wasserheit (eds.), *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health.* New York: Plenum Press, pp. 7-33.

8. Zurayk, H.; Khattab, H.; Younis, N.; El-Mouelhy, M.; Fadle, M., 1993. 'Concepts and measures of reproductive morbidity'. *Health Transition Review,* Vol. 3, No. 1, pp. 17-40.

9. Raeburn, J., 1992. 'Health promotion research with heart: Keeping a people perspective'. *Canadian Journal of Public Health,* Vol. 83, Supplement 1, pp. 820-824.

10. Khattab, H., 1992. *The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health in Rural Egypt.* Amman: UNICEF and Cairo: The Population Council.

11. Harris, E., 1992. 'Accessing community development research methodologies'. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 83, Supplement 1, pp. 862-866.

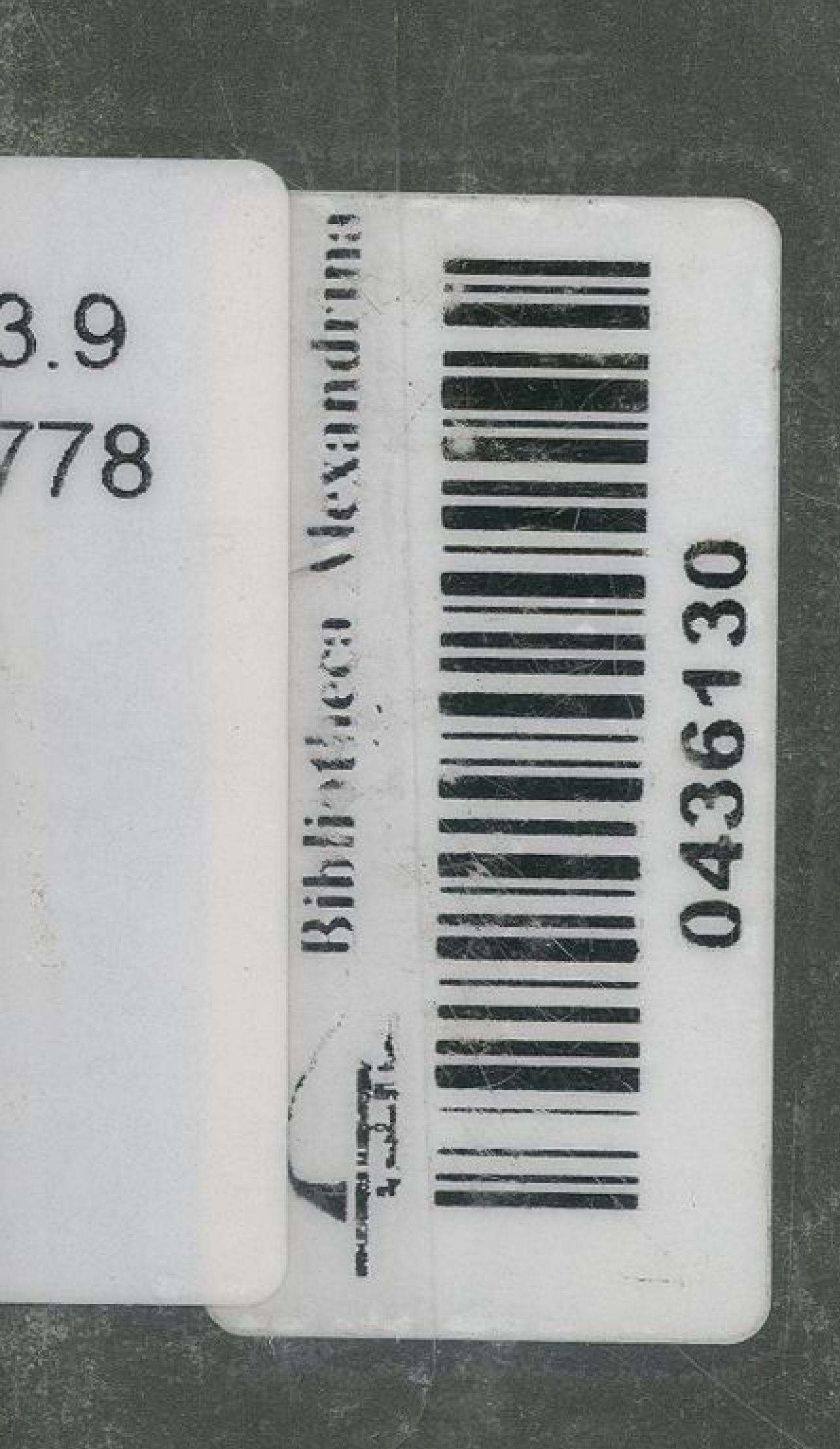
12. Campbell, O. M. R.; Graham, W. J., 1990. *Measuring Maternal Mortality and Morbidity: Levels and Trends.* London: Maternal and Child Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

١٩٩٥

١ • **هدى زريق، نبيل يونس، هند خطّاب**
إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة في ضوء بحوث صحة المرأة الإنجابية

٢ • **نبيل يونس، كريمة خليل، هدى زريق، هند خطّاب**
صحة المرأة الإنجابية: أمراض النساء من منظور طبي وإجتماعي

٣ • **هند خطّاب، هدى زريق، نبيل يونس، ألفيا كمال**
المنهج الميداني: وسيلة لدخول المجتمع



مجلس السكان

المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا

ص.ب. ١١٥ الدقي، الجيزة، جمهورية مصر العربية